

PAQUETE PARA LESIONES DE ENCOVA INSURANCE PENNSYLVANIA

N.º DE PÓLIZA _____

NOMBRE DE LA EMPRESA _____

PERSONA Y NÚMERO DE CONTACTO _____

JURISDICCIÓN _____

LISTA DE VERIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL PAQUETE PARA LESIONES DE ENCOVA



Garantice la atención médica adecuada para sus empleados e infórmeles si hay trabajo modificado o actividad liviana disponible.



Siga el procedimiento de su empresa para informar de la lesión. Si no conoce el procedimiento, llame a su supervisor.



Entregue el sobre al empleado y asegúrese de que llene los formularios adjuntos.



Informe de la lesión a Encova dentro de 24 horas mediante uno de los siguientes métodos:

- **Internet:** Presente un formulario de forma electrónica a través de Encova Edge. Comuníquese con su agente o con la Unidad de Servicio al Cliente de Encova para obtener información sobre ser usuario de Encova Edge.
- **Teléfono:** Llame al 844-362-6821, seleccione “policyholder” (asegurado) y la opción 1.
- **Correo electrónico:** Envíe un correo electrónico con el Primer informe de lesión completo adjunto a claimsintake@encova.com. Visite el sitio web de la jurisdicción específica para recibir el formulario del Primer informe de lesión.
- **Fax:** Envíe el Primer informe de lesión completo al 877-293-5513 o al 304-941-1151. Visite el sitio web de la jurisdicción específica para recibir el formulario del Primer informe de lesión.

Si tiene una cuenta en Encova Edge, también puede hacer clic en el enlace Virtual Claims Kit (Paquete de reclamaciones virtual), escoger la compañía de seguros y la jurisdicción y encontrar el formulario correcto.

LISTA DE VERIFICACIÓN DEL EMPLEADO LESIONADO



Informe de todas las lesiones al supervisor

(Alabama, Georgia, Indiana, Iowa, Kansas, Missouri, Carolina del Norte, Pensilvania, Carolina del Sur, Tennessee y Virginia le permiten a su empleador seleccionar su médico o proporcionarle una lista de médicos aprobados)



Obtenga un permiso para cumplir labores totales o un formulario de declaración del médico sobre capacidades físicas completo del médico (si el permiso es para labores modificadas o ligeras)



Si tiene permiso para volver al trabajo, vuelva a su siguiente día laboral programado con el permiso para labores totales o con el formulario de declaración del médico sobre capacidades físicas



Si no tiene permiso para volver a trabajar, debe llamar por teléfono a su supervisor dentro de un día hábil y proporcionar:

- El nombre, la dirección y el número de teléfono del médico
- La fecha de su próxima cita médica programada



Devuelva el Informe de incidente a su supervisor cuando vuelva o dentro de 24 horas



Easton Area School District
Your Workers' Compensation Insurance Carrier is:
Encova Insurance
PO Box 3151 Charleston, WV 25332
Phone: 1-866-452-7425

NOTICE TO EMPLOYEES IN CASE OF WORK-RELATED INJURIES

1. If you suffer a work-related injury, your employer or its insurance company must pay for reasonable surgical and medical services and supplies, orthopedic appliances and prosthesis, including training in their use.
2. In order to ensure that your medical treatment will be paid for by your employer or its insurance company, you must select from one of the following health care providers. You must continue to visit one of the providers listed below, if you need treatment, for ninety (90) days from the date of your first visit.
3. If one of the providers below refers you to another licensed specialist, your employer or their insurer will pay the bill for these services.
4. After this ninety- (90) day period, if you still need treatment and your employer has provided a list as set forth above, you may choose to go to another health care provider for treatment. You should notify your employer of this action within five days of your visit to said provider.
5. If a physician on the list prescribes invasive surgery, you may obtain a second opinion from any physician of your choice. If the second opinion is different than the listed physician's opinion, you may determine which course of treatment to follow; however, the second opinion must contain a specific and detailed treatment plan. If you choose the second opinion, the procedures in that opinion must be performed by one of the physicians on the list for the first ninety- (90) days. Therefore, in this situation, the employee may be required to treat with an employer designated provider for up to 180 days.
6. If you are faced with a medical emergency, you may secure assistance from a hospital, physician, or health care provider of your choice for your work related injury. However, when the emergency is resolved, you must seek treatment from a provider listed below.

<u>Name</u>	<u>Address</u>	<u>Phone</u>	<u>Area of Specialty</u>
Concentra Medical Centers (Multiple Locations)	6990A Snowdrift Road Allentown, PA 18106	484-742-0880	Occupational Medicine
Concentra Medical Centers (Multiple Locations)	90 South Commerce Way, Suite 100 Bethlehem, PA 18017	484-820-0260	Occupational Medicine
St. Luke's Care Now (Multiple Locations)	153 Brodhead Road St. Luke's North Bethlehem, PA 18017	484-526-3000	Urgent Care/Occupational Medicine
Lehigh Valley Physician Group for Occupational Medicine	292 Frantz Road Stroudsburg, PA 18360	570-476-3336	Occupational Medicine
OAA (Multiple Locations)	2045 Westgate Drive, Suite 101 Bethlehem, PA 18020	610-973-6200	Occupational Medicine
Good Shepherd The Spine & Joint Center	850 South 5th Street Health and Technology Building Allentown, PA 18103	610-778-1050	Physiatry
OAA (Multiple Locations)	2045 Westgate Drive, Suite 101 Bethlehem, PA 18020	610-973-6200	Orthopedics
St. Luke's Orthopedic Care (Multiple Locations)	2200 St. Luke's Blvd, Suite 100 Easton, PA 18045	484-526-1735	Orthopedics
LVPG Surgery (Multiple Locations)	1240 South Cedar Crest Blvd, Suite 308 Allentown, PA 18103	610-402-1350	General Surgery
Pendurthi Surgical Associates	3600 Fairview Street Bethlehem, PA 18017	610-882-0199	General Surgery
Patricia A Martz, MD Lehigh Valley Health Network - General Surgery	447 Office Plaza Building 500, Suite D East Stroudsburg, PA 18301	570-420-9720	General Surgery
St. Luke's General Surgery (Multiple Locations)	701 Ostrum Street, Suite 202 Bethlehem, PA 18015	484-526-2200	General Surgery
St. Luke's Neurology (Multiple Locations)	3 Parkinson's Road East Stroudsburg, PA 18301	272-212-0553	Neurology
Bethlehem Eye Associates	800 Eaton Avenue, 1st Floor Bethlehem, PA 18018	610-691-3335	Ophthalmology

Lehigh Valley Center for Sight (Multiple Locations)	3959 William Penn Highway Easton, PA 18045	610-437-4988	Ophthalmology
Hamilton Eye Institute of Allentown (Multiple Locations)	2151 Fairview Avenue Easton, PA 18042	610-258-4334	Ophthalmology

CONVENIENT NETWORK LOCATIONS LISTED BELOW

PCS PT Network	Call Toll Free for Closest Location	1-888-594-4001	Physical Therapy
PCS Diagnostic Network	Call Toll Free for Closest Location	1-888-594-4001	Diagnostic Testing
Mitchell ScriptAdvisor	Call Toll Free for Closest Location	1-866-846-9279	Pharmacy
Rising Medical Solutions	Call Toll Free	1-877-249-7473	DME
Panel Date: 9/16/2026			

Mitchell ScriptAdvisor

Workers' Compensation **FIRST FILL** – Temporary Prescription Card

Mitchell ScriptAdvisor ha sido seleccionado por Encova para ayudarlo a obtener medicamentos recetados relacionados con su reclamo de compensación de trabajado. Esta forma le permite obtener los medicamentos relacionados con su lesión ya que sean recetados por su doctor autorizado por la compensación al trabajador. Simplemente llene la siguiente forma y preséntela en la farmacia en el momento que usted disponga de su receta. Con esta forma usted no tendrá que pagar nada de su bolsillo cuando reciba sus medicamentos por primera vez

Para su comodidad, Mitchell ScriptAdvisor tiene una extensa red de farmacias, incluyendo las principales cadenas de farmacias. Para localizaciones de farmacias, puede llamar a nuestro número gratuito 866-846-9279 o visite nuestra página de web www.mitchellscriptadvisor.com, y utilice el localizador de farmacia.



Empleados

- Comuníquese con nuestro Servicio al Cliente al 866.846.9279 para solicitar un numero de identificación temporal.



Farmacia

- Esta es una tarjeta de identificación de receta temporal para un suministro de 10 días hasta que se pueda proporcionar la tarjeta permanente de esta persona.
- Todos los datos necesarios para procesar esta receta a través del Sistema de Adjudicación de Script Care esta incluida a continuación.

Mitchell ScriptAdvisor

Temporary Prescription Benefit Card



Attention Pharmacists: Process through Script Care and
Enter RxBIN, RxPCN and GROUP.

Member Name:

Member ID #:

Date of Injury + Date of Birth (Example: MMDDYYMMDDYY)

Rx BIN: 019082

PCN: MPS

Group: MPS001536TC



¿Preguntas?

Contáctenos al 866.846.9279

Esta tarjeta se debe usar para recetas relacionadas con la lesión de compensación de trabajadores cubierta por su póliza de seguro. El uso de esta tarjeta no elimina ninguna limitación o exclusión de la política. Esta tarjeta no confirma la cobertura. Para confirmar la elegibilidad u obtener información específica, comuníquese con la Mesa de Ayuda con la información que se encuentra en el frente de esta tarjeta.



Mitchell International
866.221.6588
© Mitchell International 2018

A: Cualquier médico licenciado, quiropráctico, profesional médico, hospital, clínica u otro establecimiento médico o relacionado con la medicina, compañía de seguros u otra organización, institución o persona que tenga algún registro o conocimiento de mi salud, antecedentes, enfermedades o bienestar

De acuerdo con la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud ("HIPAA") y otras leyes y reglamentos de privacidad estatales y federales vigentes, yo, _____,

nombre de la persona que presenta la reclamación n. ° de reclamación

por medio del presente autorizo el uso de mi información de salud que me identifica personalmente, descrita a continuación a _____, **P.O. Box 3151 Charleston, WV 25322.**

nombre de empresa

Para propósitos de esta autorización, la información de salud que lo puede identificar de forma individual se referirá a lo siguiente: Cualquiera y toda mi información de salud personal creada, recibida u obtenida, como historias clínicas o dentales, radiografías o imágenes radiológicas, materiales patológicos, informes de MedFlight, documentos relacionados con el seguro y formularios de beneficios o cualquier otro registro médico o elemento que se relacione con mi salud física o enfermedad, la entrega de atención de salud o el pago de la atención que recibí, siempre y cuando la información anteriormente mencionada se relacione con alguna lesión o enfermedad que me afecte, sin importar la fecha o la causa de la aparición de dicha lesión o enfermedad.

Comprendo que la información de mi historia clínica puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), complejo relacionado con el SIDA (CRS) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Además, puede incluir información sobre servicios de salud conductual o mental, tratamiento o consumo del alcohol o de las drogas, tratamiento psicológico o psiquiátrico, orientación de servicios sociales, enfermedades o infecciones contagiosas, tuberculosis y hepatitis. Dichos registros se divulgarán a consecuencia de esta autorización, a menos que se indique algo distinto. **No divulgar la siguiente información si aparece una "x" antes de la descripción.**

VIH/SIDA

Salud conductual

Drogas y alcohol

Antecedentes
genéticos

Además, autorizo al receptor a usar, divulgar o volver a divulgar cualquiera y toda mi información de salud descrita anteriormente y a hacer copias de la misma para fines de evaluar y administrar una reclamación del seguro que he presentado con el receptor. Comprendo que el receptor puede volver a divulgar mi información de salud y ya no estará protegida por ninguna ley o reglamento de privacidad estatal o federal vigentes.

Comprendo que para revocar esta autorización puedo, en cualquier momento, enviar un aviso de revocación por escrito al receptor a la dirección indicada anteriormente. Comprendo que la revocación solo entrará en vigencia después de que el receptor la reciba y que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido divulgada, en respuesta a esta autorización.

Esta autorización vencerá el: _____. Si no se especifica una fecha, esta autorización vencerá un año después de la fecha en que se firma. Cualquier divulgación hecha antes de la revocación o antes de la fecha de vencimiento de esta autorización no se verá afectada por la revocación ni por la fecha de vencimiento de esta autorización.

Comprendo y acepto que una fotocopia o copia electrónica de la autorización original tiene la misma validez que la autorización original.

Firma de la persona

Fecha

Número del Seguro Social

Fecha de nacimiento

Firma del representante personal, representante de la sucesión o del tutor
(proporcione documentos de autorización para actuar en nombre de la persona).

* Indica campo obligatorio

Tenga en cuenta lo siguiente: Los campos destacados en gris están llenados previamente en el sistema en línea.

Fecha de la lesión: *	Número de póliza:	Nombre de la póliza:	N.º de caso del registro de la OSHA (si corresponde):
Fecha de presentación:	Tipo de reclamación: * ☐ Incidente ☐ Indemnización ☐ Sólo médica		Jurisdicción:

¿Cuál es su nombre? *		¿Cuál es su cargo?	
¿Cuál es su número de teléfono? *	¿Cuál es su número de fax?	¿Cuál es su dirección de correo electrónico?	
¿Es usted la persona de contacto para esta reclamación? ☐ No ☐ Sí		Si no lo es, ¿con quién deberíamos comunicarnos para obtener información adicional?	
¿Cuál es el número de teléfono de la persona de contacto?		¿Cuál es el dirección de correo electrónico de la persona de contacto?	
¿Es una reclamación de Federal Longshore (USL&H)? ☐ No ☐ Sí		¿Va a informar sobre una muerte? ☐ No ☐ Sí	Fecha de muerte: *
Fecha de la lesión y fecha de la última exposición: *		¿Cuál es su número de póliza? *	
¿Cuál es el tipo de identificación del empleado? *	☐ Número de visa de empleo ☐ Número de la tarjeta de residencia (green card) ☐ Número de pasaporte ☐ N.º de Seguro Social (SSN, Social Security number)		
¿Cuál es el nombre del empleado?	Primer nombre: *	Inicial segundo nombre:	Apellido: * Sufijo:
¿Cuál es la dirección de correo del empleado? Calle o dirección de apartado postal: *			
Código postal: *	Ciudad: *	Estado: *	País:
¿Cuál es la dirección física del empleado? Calle o dirección de apartado postal:			
Código postal:	Ciudad:	Estado:	País:
¿Cuál es el número de teléfono principal del empleado?		¿Cuál es el número de teléfono alternativo del empleado?	
¿Cuál es el horario de trabajo normal del empleado?			

¿Cuál es la fecha de nacimiento del empleado? *	Sexo: * ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Desconocido
Estado civil: * ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Separado ☐ Pareja de hecho ☐ Desconocido	
¿Cuál es el código laboral? *	¿Cuál es el cargo? *
Descripción del trabajo y labores habituales del empleado:	

PREGUNTAS DEMOGRÁFICAS Y SOBRE EL SALARIO	¿Cuál es la fecha de contratación del empleado? *		¿Cuál es el estado de contratación del empleado?	
	Tipo de empleo: ☐ Tiempo completo ☐ Medio tiempo ☐ Voluntario		El empleado es: Un funcionario ☐ No ☐ Sí Un propietario o copropietario ☐ No ☐ Sí	
	¿Cuál es el salario por hora del empleado?		¿Cuántas horas semanales trabaja el empleado?	
	¿Cuál es el salario por día del empleado?	¿Cuántas horas por día trabajaba el empleado?	¿Cuántos días por semana trabajaba el empleado?	
	¿Hay alguna información de salario adicional que no se incluya en el salario por día? (comisiones, etc.)			
	¿El empleado sigue recibiendo el salario completo? ☐ No ☐ Sí			
PREGUNTAS SOBRE LA LESIÓN	¿Cuál es la ubicación principal del trabajo? *			
	Nombre:			
	Dirección: *		País:	
	Código postal: *	Ciudad: *	Estado: *	
	¿Cuál es la ubicación desde donde se informa?			
	¿El accidente ocurrió en la propiedad del empleador? * ☐ No ☐ Sí			
	Si no, ¿dónde ocurrió el accidente? *		Dirección:	
	Código postal:	Ciudad:	Estado:	País:
	¿Era este el departamento habitual del empleado? ☐ No ☐ Sí		¿En qué departamento ocurrió el accidente?	
	¿La lesión fue resultado de un accidente de vehículos motorizados? ☐ No ☐ Sí		¿Hubo equipo involucrado en el accidente? ☐ No ☐ Sí De ser así, ¿qué equipo?	
	¿Qué estaba haciendo el empleado justo antes de que ocurriera el accidente?			
	¿Cómo ocurrió el accidente? *			
	¿Qué objeto o sustancia lastimó directamente al empleado?			
	¿Se proporcionó equipo de seguridad? ☐ No ☐ Sí		¿Se utilizó el equipo de seguridad? ☐ No ☐ Sí	
	De ser así, ¿de qué tipo?			
	¿Cuáles fueron las partes del cuerpo lesionadas? *			
	¿Cuál es la ubicación de la parte del cuerpo? * ☐ Bilateral ☐ Izquierda ☐ Inferior ☐ Media ☐ Derecha ☐ Superior ☐ No corresponde			
¿Cuál es la naturaleza de la lesión (esguince, distensión, etc.)? *				
¿Cuál fue la causa de la lesión? *				
¿Sabe de alguna lesión previa en esa parte del cuerpo? * ☐ No ☐ Sí De ser así, explique: *				
¿Sabe de alguna discapacidad preexistente, laboral o no laboral? ☐ No ☐ Sí De ser así, explique: *				
¿Hay actividades externas o enfermedades que podrían empeorar esta lesión? ☐ No ☐ Sí De ser así, explique: *				

Indique a **todas las personas** involucradas en el accidente con información de contacto:

1.	Nombre:	Inicial segundo nombre:	Apellido:	
	Dirección:			
	Código postal:	Ciudad:	Estado:	País:
	Teléfono:			
2.	Nombre:	Inicial segundo nombre:	Apellido:	
	Dirección:			
	Código postal:	Ciudad:	Estado:	País:
	Teléfono:			
3.	Nombre:	Inicial segundo nombre:	Apellido:	
	Dirección:			
	Código postal:	Ciudad:	Estado:	País:
	Teléfono:			

Indique todos los **testigos** del accidente (o ingrese “ninguno”):

1.	Nombre:	Inicial segundo nombre:	Apellido:	
	Dirección:			
	Código postal:	Ciudad:	Estado:	País:
	Teléfono:			
2.	Nombre:	Inicial segundo nombre:	Apellido:	
	Dirección:			
	Código postal:	Ciudad:	Estado:	País:
	Teléfono:			
3.	Nombre:	Inicial segundo nombre:	Apellido:	
	Dirección:			
	Código postal:	Ciudad:	Estado:	País:
	Teléfono:			

PREGUNTAS SOBRE EL REGRESO AL TRABAJO	¿A qué hora comenzó a trabajar el empleado? * (Incluya a. m. y p. m.)			
	¿A qué hora ocurrió el accidente? * (Incluya a. m. y p. m.)		¿A quién se le informó del accidente?	
	¿Cuándo le informó el empleado lesionado al empleador? * (Fecha)		¿El reclamante dejó de trabajar? ☐ No ☐ Sí	
	¿Cuál es el tipo de perjuicio? ☐ Solo incidente ☐ Indemnización ☐ Solo médico ☐ Labores modificadas sin pérdida de salario ☐ Labores modificadas con pérdida de salario			
	¿Cuál fue la última fecha trabajada?		¿A qué hora dejó de trabajar el empleado? (Incluya a. m. y p. m.)	
	¿El empleado ha regresado a trabajar? ☐ No ☐ Sí		Fecha de regreso al trabajo:	
	¿El reclamante regresó o regresará a realizar todas sus labores? ☐ No ☐ Sí		¿Tiene trabajo transitorio o modificado disponible? ☐ No ☐ Sí	
Número de horas por semana:		Salario por día modificado:		

PREGUNTAS MÉDICAS	¿Se proporcionó tratamiento médico? ☐ No ☐ Sí		Nombre del proveedor médico:	
	Dirección del proveedor o centro médico:			
	Código postal:	Ciudad:	Estado:	País:
	¿El empleado recibió tratamiento en una sala de emergencias? ☐ No ☐ Sí		¿El empleado estuvo hospitalizado durante la noche? ☐ No ☐ Sí	
	¿Cuál fue el método de transporte? ☐ Ambulancia aérea ☐ Ambulancia terrestre ☐ Vehículo particular ☐ Otro			
	¿Necesita que se le realice una prueba de detección de drogas a sus empleados? ☐ No ☐ Sí		De ser así, ¿cuándo se le realizó la última prueba al empleado?	
	¿Se llenó un informe del incidente? * ☐ No ☐ Sí		¿Tiene algún motivo para dudar de esta lesión? * ☐ No ☐ Sí	
¿Tiene comentarios para el registro?				

Nombre del reclamante:	Número de reclamación:	Fecha de la lesión:
------------------------	------------------------	---------------------

Llene este formulario después de examinar al paciente. Indique las restricciones del paciente, si las tuviera, como horas modificadas, deberes, factores del entorno y otra información correspondiente a la recuperación saludable de este empleado y un posible pronto regreso al trabajo.

Diagnóstico médico:					
Indique la frecuencia que el empleado puede trabajar en cada postura.					
De pie	☐ Continuamente	☐ Frecuentemente	☐ Ocasionalmente	☐ Raramente	☐ Nunca
Sentado	☐ Continuamente	☐ Frecuentemente	☐ Ocasionalmente	☐ Raramente	☐ Nunca
Camina	☐ Continuamente	☐ Frecuentemente	☐ Ocasionalmente	☐ Raramente	☐ Nunca
Sube	☐ Continuamente	☐ Frecuentemente	☐ Ocasionalmente	☐ Raramente	☐ Nunca
Arrodillado	☐ Continuamente	☐ Frecuentemente	☐ Ocasionalmente	☐ Raramente	☐ Nunca
	>67% de la jornada laboral	34% - 66% de la jornada laboral	6% - 33% de la jornada laboral	<5% de la jornada laboral	0% de la jornada laboral

Indique en qué medida puede el empleado realizar los siguiente:

(C - Continuamente = Más del 67% F - Frecuentemente = 34% - 66% O - Ocasionalmente = 6% - 33% R - Raramente = Menos del 5% N - Nunca = 0%)

Levantar peso/ cargar peso	C	F	O	R	N	Empujar/arrastrar	C	F	O	R	N
5 libras o menos						5 libras o menos					
5 a 10 lbs.						5 a 10 lbs.					
11 a 20 lbs.						11 a 20 lbs.					
21 a 40 lbs.						21 a 40 lbs.					
41 a 60 lbs.						41 a 60 lbs.					
61 a 100 lbs.						61 a 100 lbs.					
100 libras o más						100 libras o más					
Actividad						Conducir					
Inclinarse						Automático					
Agacharse						Estándar					
Girar						Extremidades superiores	Sí		No		
Gatear						Agarrar en forma simple	☐ Derecho	☐ Izquierda	☐ Derecho	☐ Izquierda	
Alcanzar objetos sobre la altura de los hombros						Empujar/arrastrar	☐ Derecho	☐ Izquierda	☐ Derecho	☐ Izquierda	
Escribir en teclado						Operar controles de pie o vehículos motorizados	Sí		No		
Usar una palanca de mando/unos controles manuales							☐ Derecho	☐ Izquierda	☐ Derecho	☐ Izquierda	
Sentir vibración						De forma simultánea	☐ Sí		☐ No		

Comments:

Nombre del médico:	Teléfono del médico:
Fecha del alta con las restricciones indicadas anteriormente:	Fecha del alta con capacidad para llevar a cabo todos sus deberes:
Fecha proyectada por MMI:	Fecha y hora de la próxima cita:
Firma del médico:	Fecha:



DERECHOS Y DEBERES DE LOS EMPLEADOS SEGÚN LA SECCIÓN 306 (f.1) DE LA LEY DE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES DE PENNSILVANIA

Si se lesiona durante la jornada laboral y necesita tratamiento médico, se le exige consultar con uno de los médicos o proveedores de atención de salud en la lista designada por su empleador por un período de 90 días desde la primera consulta con el médico o proveedor de atención de salud.

Todos los tratamientos y suministros médicos razonables (por ejemplo, medicamentos, prótesis) relacionados con la lesión serán pagados por el empleador, siempre que se demuestre que el tratamiento es proporcionado por un médico o proveedor de atención de salud designado en la lista durante el período de 90 días. Los cargos por tratamiento y suministros están especificados en la ley. Usted no es responsable de pagar ninguno de los cargos que superen los cargos especificados por la ley.

Durante el período de 90 días, puede cambiar de un médico o proveedor de atención de salud designado en la lista a otro médico o proveedor de atención de salud en la lista, y el empleador pagará el tratamiento.

Si el médico o proveedor de atención de salud lo deriva a un proveedor que no está designado en la lista, el empleador pagará el tratamiento del proveedor que no está designado.

Tiene derecho a recibir tratamiento médico de emergencia por parte de un médico o proveedor de atención de salud que no está designado; sin embargo, el tratamiento que no es de emergencia posterior debe ser por parte de un médico o proveedor de atención de salud designado por el tiempo restante del período de 90 días.

Puede buscar tratamiento o consultar con un médico o proveedor de atención de salud que no está designado durante el período de 90 días; sin embargo, usted es responsable de los cargos de este tratamiento durante el período de 90 días.

Si el médico o proveedor de atención de salud designado por el empleador recomienda una cirugía invasiva, tiene permitido obtener una segunda opinión de un médico o proveedor de atención de salud que no está designado. El empleador pagará los costos de esta opinión. Si esta opinión es diferente a la opinión del médico o proveedor de atención de salud designado y proporciona un plan de tratamiento, puede elegir someterse a este tratamiento. No obstante, el tratamiento lo debe proporcionar un médico o proveedor de atención de salud designado durante 90 días a partir de la fecha de consulta con el médico que no está designado.

Tiene derecho a buscar tratamiento de cualquier médico o proveedor de atención de salud después de finalizado el período de 90 días y su empleador pagará este tratamiento, siempre que se demuestre que es razonable y necesario.

Tiene el deber de notificar a su empleador del tratamiento de un médico o proveedor de atención de salud que no está designado dentro de cinco días a partir de su primera visita con el médico o proveedor. Es posible que su empleador no deba pagar el tratamiento de un médico o proveedor de atención de salud que no está designado antes de la notificación. No obstante, el empleador deberá pagar por este tratamiento después de la notificación, a menos que el tratamiento no se considere razonable.

Firmar este formulario es un reconocimiento de sus derechos y deberes. No puede rehusar firmar este reconocimiento con el fin de evitar sus deberes.

Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse con la Oficina de Indemnización por Accidentes y Enfermedades Laborales al 1-800-482-2383 o 1-717-783-5421.

RECONOZCO QUE HE SIDO INFORMADO Y COMPRENDO LOS DERECHOS Y DEBERES ANTERIORES.

Nombre del empleado

Firma del empleado

Fecha

Nombre del supervisor

Firma del supervisor

Fecha

SI EL EMPLEADO NO PUEDE FIRMAR O REHÚSA HACERLO, SE RECONOCE QUE SE LE ENTREGÓ UNA COPIA DE ESTE DOCUMENTO AL EMPLEADO.

Nombre del supervisor

Firma del supervisor

Fecha

AVISO: TRATAMIENTO MÉDICO PARA SU LESIÓN O ENFERMEDAD LABORAL

Su empleador ha seleccionado una lista de seis o más médicos y otros proveedores de atención de salud disponibles para tratar sus lesiones y enfermedades laborales durante los primeros 90 días de tratamiento. Esta lista está publicada en _____ para que la revise. Además, puede obtener una copia de esta lista en _____.

Si se lesiona durante la jornada laboral o padece una enfermedad laboral, tiene ciertos DERECHOS y DEBERES legales según la Sección 306(f)(1)(i) de la Ley de Indemnización por Accidentes y Enfermedades Laborales en relación con su tratamiento médico. Estos derechos y deberes están resumidos a continuación.

TRATAMIENTO MÉDICO: DURANTE LOS PRIMEROS 90 DÍAS

- Tiene el DERECHO de recibir tratamiento médico razonable y necesario para su lesión o enfermedad laboral. Su empleador debe pagar por este tratamiento, siempre que dicho tratamiento sea proporcionado por uno de los proveedores de la lista.
- Tiene el DERECHO de elegir al proveedor de la lista que tratará su lesión o enfermedad laboral.
- Tiene el DERECHO de cambiar entre cualquiera de los proveedores de la lista cuando recibe tratamiento y, si un proveedor de la lista lo deriva a un proveedor que no está en la lista de su empleador, tiene el DERECHO de recibir tratamiento del proveedor derivado.
- Tiene el DERECHO de recibir tratamiento médico de emergencia de cualquier proveedor. Sin embargo, el tratamiento que no es de emergencia debe ser proporcionado por un proveedor de la lista.
- Si un proveedor de la lista le indica cirugía, tiene el DERECHO de recibir una segunda opinión de cualquier proveedor que usted escoja. Si esa opinión es diferente a la opinión del proveedor de la lista, tiene el DERECHO de elegir qué plan de tratamiento seguir. Si prefiere el tratamiento indicado por la segunda opinión, debe recibir el tratamiento de un proveedor de la lista por un período de 90 días a partir de la fecha de consulta con el proveedor de la segunda opinión.
- Tiene el DEBER de consultar con uno o más de los proveedores de la lista para los primeros 90 días de tratamiento de su lesión o enfermedad laboral, si espera que su empleador pague el tratamiento médico que reciba.
- Si busca tratamiento para su lesión o enfermedad laboral con un proveedor que no está en la lista, puede que su empleador no pague este tratamiento médico durante este período de 90 días. Por lo tanto, debería hablar con su empleador antes de buscar tratamiento con un proveedor que no está en la lista.

IMPORTANTE: Al reverso de este formulario se muestran los requisitos que debe cumplir su empleador para contar con una lista válida de al menos seis proveedores. Si esta lista no cumple estos requisitos, no es una lista válida y tiene el derecho de buscar tratamiento médico para su lesión o enfermedad laboral por parte de cualquier proveedor de atención de salud que usted escoja.

TRATAMIENTO MÉDICO: DESPUÉS DE LOS PRIMEROS 90 DÍAS

- Tiene el DERECHO de recibir tratamiento médico de cualquier médico u otro proveedor de atención de salud de su preferencia, sin importar si están o no en la lista de su empleador. Su empleador debe pagar por este tratamiento, siempre que sea razonable y necesario para su lesión o enfermedad laboral y ha sido documentado de forma apropiada por el médico u otro proveedor de atención de salud.
- Tiene el DEBER de notificar a su empleador si recibe tratamiento de un médico u otro proveedor de atención de salud que no está en la lista de su empleador. Debe notificar a su empleador dentro de los cinco días a partir de la primera consulta con cualquier proveedor que no esté en la lista de su empleador. Puede que el empleador no deba pagar por el tratamiento recibido hasta que le haya entregado esta notificación.

Su firma en este formulario indica que ha sido informado y comprende estos derechos y deberes.

Si tiene alguna pregunta, asegúrese de que le expliquen sus derechos y deberes antes de firmar este formulario.

ME HAN INFORMADO MIS DERECHOS Y DEBERES DE TRATAMIENTO MÉDICO EN RELACIÓN CON LAS LESIONES Y ENFERMEDADES LABORALES. ME PRESENTARON ESTA NOTIFICACIÓN EN (marque uno):

☐ AL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN ☐ CUANDO ME LESIONÉ ☐ OTRO

EMPLEADO: _____ FECHA: _____

REPRESENTANTE DEL EMPLEADOR: _____ FECHA: _____

(CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE)



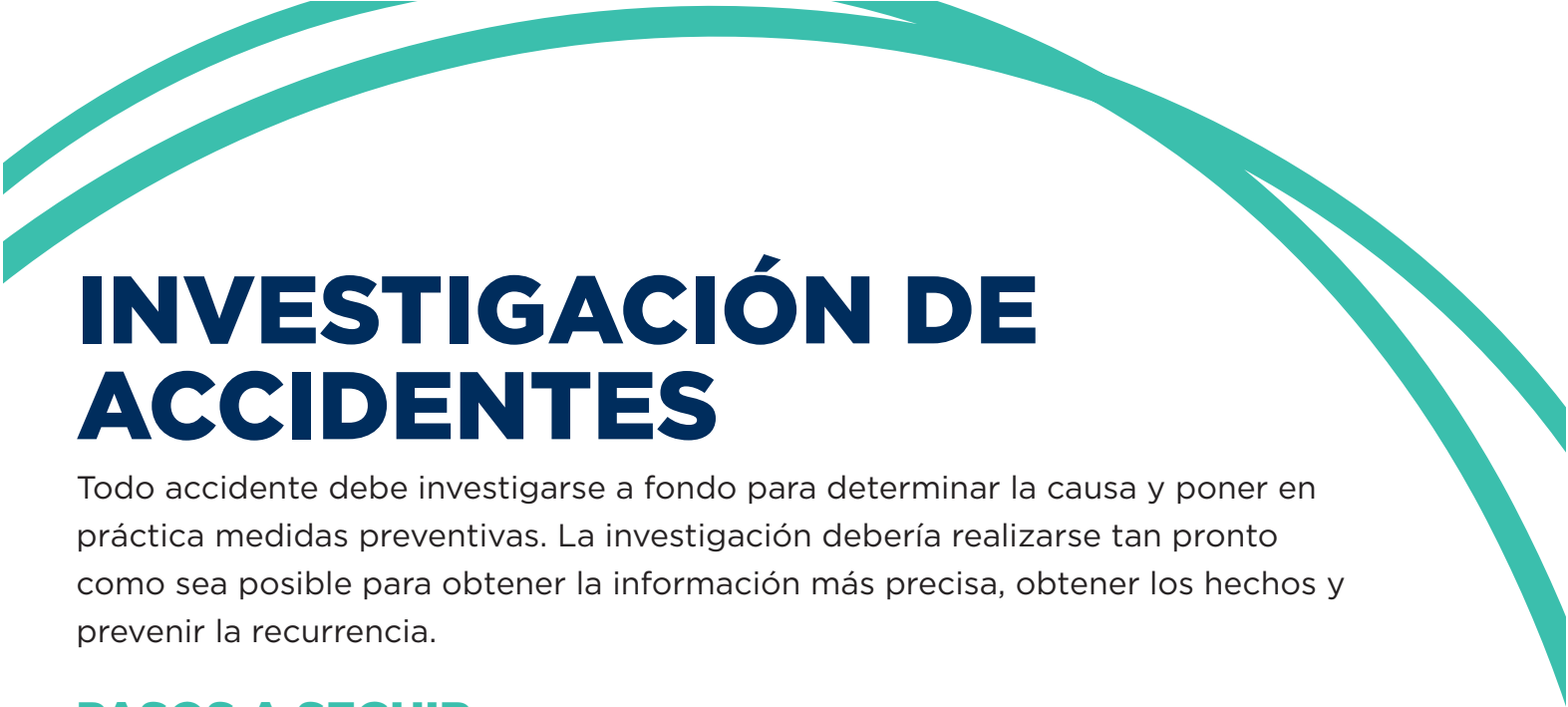
REQUISITOS PARA LA LISTA DE PROVEEDORES DE ATENCIÓN DE SALUD DEL EMPLEADOR

1. Debe contar con al menos seis proveedores de atención de salud en la lista, pero puede haber más de seis proveedores.
2. Al menos tres de los proveedores de atención de salud en la lista deben ser médicos.
3. No más de cuatro proveedores de atención de salud en la lista pueden ser organizaciones de atención coordinada (CCO, coordinated care organization).
4. Se deben incluir en la lista los nombres, las direcciones, los números de teléfono y las áreas de especialidad médica de todos los proveedores de atención de salud.
5. Los proveedores de atención de salud en la lista deben ser accesibles geográficamente y deben tener especialidades que sean apropiadas según los problemas médicos laborales previstos de los empleados.
6. El empleador debe especificar en la lista si alguno de los proveedores de atención de salud en la lista es empleado, de propiedad de o controlado por su empleador o por su compañía del seguro de indemnización por accidentes y enfermedades laborales.

NOTA: La lista de proveedores de atención de salud de su empleador debe cumplir todos los requisitos anteriormente mencionados. Si la lista no cumple todos estos requisitos, no tiene que elegir un proveedor de la lista. En cambio, tiene el derecho de buscar tratamiento médico con cualquier proveedor de atención de salud de su preferencia.

CENTRO DE INFORMACIONES DE LA LÍNEA
DE AYUDA DE LA OFICINA DE INDEMNIZACIÓN
POR ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES

1-800-482-2383 (llamadas de larga distancia dentro de PA)
1-717-772-4447 (llamadas locales y fuera de PA)



INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES

Todo accidente debe investigarse a fondo para determinar la causa y poner en práctica medidas preventivas. La investigación debería realizarse tan pronto como sea posible para obtener la información más precisa, obtener los hechos y prevenir la recurrencia.

PASOS A SEGUIR

1. Recibir notificación del incidente

2. Iniciar la investigación

- a. Proteger la escena
- b. Formar un equipo de investigación
(compañeros de trabajo, mantenimiento, ingenieros, seguridad, etc.)
- c. Recopilar los hechos
- d. Analizar los hechos

3. Determinar si la notificación a las autoridades como OSHA, CDC, etc. es obligatoria

4. Completar los informes requeridos

- a. Informe de incidentes de empleados
- b. Declaración de testigos
- c. Incluir fotografías
- d. Enviar informe

5. Identificar

- a. Causa(s)
- b. Factor(es) contribuyente(s)
- c. Medida(s) correctiva(s)

6. Implementar medida(s) correctiva(s)

- a. Medida(s) inmediata(s)
- b. A corto plazo
- c. A largo plazo

7. Educar al (a los) empleado(s)

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS AYUDARÁN A DETERMINAR LOS FACTORES DE CAUSALIDAD DEL ACCIDENTE Y LAS POSIBLES MEDIDAS CORRECTIVAS.

PREGUNTAS QUE DEBE HACER	SI LAS CAUSAS PARECEN SER	
	CONDICIONES	ACCIONES
¿QUIÉN...	fue el responsable? puede darme respuestas? debería adoptar medidas correctivas?	está mejor calificado para hacerlo? puede darme respuestas? puede mostrarme qué se está haciendo?
¿QUÉ...	causó que existiera? hizo que estuviera involucrado?	propósito tenía? otra forma de hacerlo había? detalles podrían ser eliminados? instrucciones no se siguieron?
¿CUÁNDO...	ocurrió? ocurren condiciones similares?	debería hacerse?
¿DÓNDE...	sucedió? estaba la fuente? más existe? puedo averiguar?	debería hacerse? más se está haciendo?
¿CÓMO...	debería corregirse? puede evitarse en el futuro?	es la mejor manera de hacerlo? (el trabajo o detalle) puede mejorarse?
¿POR QUÉ...	existió? nadie lo había notado y corregido?	se estaba haciendo? se estaba haciendo de esta manera? era (el trabajo o detalle) necesario?